**Modulo 4**

Spazio per l’apposizione della marca da bollo, (contrassegno telematico)

di importo pari a €16,00

oppure

Estremi della marca da bollo digitale assolta attraverso

[Servizio@e.bollo](mailto:Servizio@e.bollo)

Nel caso di esenzione indicare le motivazioni

**DOMANDA DI RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SANITARIA RELATIVA AL CASO DI PIÙ AZIENDE O SOGGETTI CHE INTENDONO ESERCITARE ALL’INTERNO DELLA STESSA STRUTTURA FISICA (art. 8, co. 6, LR 22/2019)**

**Al Sindaco del Comune**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legale rappresentante della ditta/società/azienda denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**CHIEDE**

il rilascio dell’autorizzazione all’esercizio dell’attività sanitaria, ai sensi dell’art. 8, comma 6 LR 22/2019, della propria **struttura sanitaria** di seguito indicata:

**Dati della struttura**

Denominazione struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ubicata in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per le seguenti attività/funzione/i (rif. Tab. 2), che la struttura **ospitata intende esercitare:**

|  |  |
| --- | --- |
| codice | ATTIVITA’/FUNZIONI |
|  |  |
|  |  |

**DICHIARA CHE LA STRUTTURA OSPITATA È LA SEGUENTE**

ditta/società/azienda (**struttura ospitata**) denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legale rappresentante della ditta/società/azienda denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

titolare dell’autorizzazione sanitaria n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA CHE LA STRUTTURA OSPITANTE RISULTA**

□ già autorizzata all’esercizio della/e attività/funzione/i **indicate precedentemente** con atto protocollo numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ non autorizzata all’esercizio della/e attività/funzione/i **indicate precedentemente**.

**DICHIARA CHE LA STRUTTURA OSPITATA RISULTA**

□ già autorizzata all’esercizio della/e attività/funzione/i **indicate precedentemente** con atto protocollo numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ non autorizzata all’esercizio della/e attività/funzione/i **indicate precedentemente**.

**DICHIARA INOLTRE CHE**

* la responsabilità complessiva sulla struttura, anche ai fini dell’autorizzazione (art. 8, co. 6, LR 22/2019), è assunta dal/dalla legale rappresentante della struttura denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* i locali utilizzati dalla struttura ospitata sono:

□ Ad uso esclusivo della struttura ospitata e che i locali utilizzati corrispondono a quelli indicati in pianta planimetrica

□ Ad uso non esclusivo della struttura ospitata e che i locali utilizzati corrispondono a quelli indicati in pianta planimetrica

* il nominativo del Direttore Sanitario o del Responsabile della struttura sanitaria che assume la responsabilità complessiva della struttura anche ai fini dell’autorizzazione (art. 8, co. 6, LR 22/2019), ove previsto è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma digitale Legale Rappresentante **Ospitante** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma digitale Legale Rappresentante **Ospitato** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solo nel caso in cui non si possegga la firma digitale deve essere allegata alla domanda in formato pdf la fotocopia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Allega la documentazione richiesta (obbligatoria al momento della presentazione della pratica) e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione.

* Documento recante la nomina del Direttore Sanitario o del Responsabile della struttura sanitaria **Ospitante**, ove previsto e autodichiarazione Direttore Sanitario (Modulo 12 e Modulo 14);
* Catalogo delle prestazioni (Scheda 2) **dell’Ospitante e dell’Ospitato;**
* Scheda 1 “Scheda sintetica delle tipologie di struttura, delle attività/funzioni e delle discipline richieste in autorizzazione” (tipologie di struttura: Tabella 1), attività/funzioni: Tabella 2), discipline: Tabella 3)) **dell’Ospitante comprensiva delle nuove attività/funzioni dell’Ospitato esplicitate sopra;**
* Pianta planimetrica **della struttura Ospitante** quotata in scala minima 1:100 con layout delle attrezzature e degli arredi; la destinazione d'uso dei singoli locali, le attività/funzioni in essi esercitate; lunghezza, larghezza, altezza netta, superficie e rapporti di areo-illuminazione dei singoli locali; l’evidenza dei locali in cui sono rese le prestazioni sanitarie esercitate dalle diverse aziende/soggetti (la planimetria deve essere presentata in formato PDF/A);
* Piano aziendale **della struttura Ospitante** con gli obiettivi e gli indicatori di attività relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni- in caso di uso non esclusivo, indicare giornate ed orari previsti per l’erogazione delle attività da parte **dell’Ospitante e dell’Ospitato;**
* Contratto in essere tra le parti (tra struttura Ospitante e Ospitato);

Ogni altra informazione utile a documentare il rispetto dei requisiti richiesti.

**Informativa ai sensi del Dlgs 196/03, così come modificato dal Dlgs 101/18 e del Regolamento UE 679/16**